

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 63

LES
DYSPEPSIES NERVEUSES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Novembre 1914

PAR

Salomon D. ALCALAY

Né le 22 Mai 1890, à Samacoff (Bulgarie).

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE, SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE

A. MALOINE

PARIS

25-27, Rue de l'Ecole de Médecine

LYON

Rue de la Charité, 6

Novembre 1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 63

LES
DYSPEPSIES NERVEUSES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Novembre 1914

PAR

Salomon D. ALCALAY

Né le 22 Mai 1890, à Samacoff (Bulgarie).

Ancien Externe des Hôpitaux de Nancy



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE, SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE

A. MALOINE

PARIS

25-27, Rue de l'Ecole de Médecine

LYON

Rue de la Charité, 6

Novembre 1914

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
Cliniques chirurgicales.	{ BARD
	TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements	BÉRARD
Clinique ophtalmologique	FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ROLLET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	NICOLAS
Clinique des maladies des enfants	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes	WEILL
Physique médicale	POLLOSSON (A.)
Chimie médicale et pharmaceutique	CLUZET
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREAU
Anatomie	GUIART
Anatomie générale et Histologie	TESTUT
Physiologie.	RENAUT
Pathologie interne.	MORAT
Pathologie et Thérapeutiques générales	COLLET
Anatomie pathologique.	LESIEUR
Médecine opératoire	PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée	POLLOSSON (M.)
Médecine légale.	COURMONT (P.)
Hygiène	ETIENNE MARTIN
Thérapeutique	COURMONT (J.)
Pharmacologie	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	PCLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PIC, *Président*; COURMONT (P.), *Assesseur*;
MM. LESIEUR, *Professeur*, et ARLOING, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En récompense de secours qu'ils n'ont
cessé de me prodiguer pendant la
durée de mes études et des sacrifices
qu'ils se sont imposés, faible témoi-
gnage de mon affection vive et de
ma reconnaissance éternelle.*

A MON FRÈRE ZACHARYA

*En assurance de ma profonde affection
et de mon éternelle reconnaissance.*

A MA SŒUR VICTORIA

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR A. PIC

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COURMONT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LESIEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ARLOING

INTRODUCTION

La définition des dyspepsies nerveuses ne saurait tenir dans une formule chimique, ni leur traitement dans l'administration de médicaments destinés à saturer l'hyperacidité ou à remplacer les ferments digestifs déficients.

Dans la plupart des cas c'est la motricité et surtout la sensibilité qui domine la symptomatologie. Souvent les dyspepsies sont produites par une mauvaise hygiène générale ou par une irritation ou surmenage portant sur un point éloigné de l'estomac. C'est surtout l'importance du système nerveux et, en particulier, le plexus solaire sur lequel Leven a publié divers travaux à partir de 1884.

Après avoir fait l'étiologie de la question et une étude physiologique des dyspepsies nerveuses, nous avons essayé de mettre en relief la symptomatologie, quelques observations et le traitement.

Mais avant d'aborder le sujet, qu'il nous soit permis de témoigner ici toute notre gratitude à nos chers Maîtres de la Faculté de Nancy et de celle de Lyon, et de les prier de vouloir bien agréer nos respectueux hommages.

Nous offrons surtout à M. le professeur Pic l'expression de notre reconnaissance bien grande pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous nous faisons un devoir bien doux de témoigner particulièrement notre reconnaissance et notre gratitude à M. le professeur Simon de la Faculté de Nancy, pour la grande bienveillance qu'il nous a montrée. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements ; c'est lui qui a bien voulu nous indiquer ce sujet de thèse.

Nous exprimons ici nos sentiments de profonde reconnaissance à l'égard de nos Maîtres dans les hôpitaux de Nancy : MM. les professeurs Weiss, Guillaux, Haushalter, Perrin, Frukinholtz, qui, dès le début de nos études, nous ont souvent encouragé et prodigué ; nous n'oublierons jamais leur bel et savant enseignement clinique.

Merci à M. le professeur Devic qui a bien voulu avec tant de complaisance s'occuper de notre thèse.

LES DYSPEPSIES NERVEUSES

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE DES DYSPEPSIES NERVEUSES

L'étiologie des dyspepsies nerveuses est diverse et multiple. Si certaines ont une origine locale : excès d'aliments ou des boissons, abus des médicaments, irrégularité des repas, le plus grand nombre ont une cause extragastrique.

Ce fait surprend beaucoup les malades eux-mêmes : femmes ou jeunes gens n'ayant pas encore eu le temps d'abuser de la vie, se demandent comment et pourquoi ils souffrent puisqu'ils n'ont pas malmené leurs estomacs.

D'autre part, l'estomac est en rapport avec le milieu extérieur ; les aliments apportent avec eux des germes et on peut se demander s'il n'existe pas une gastrite infectieuse primitive. On sait seulement que le *bacterium coli* se rencontre très souvent dans l'estomac des dyspeptiques (Lesage) et l'on peut se demander, bien qu'il se soit toujours présenté avec les propriétés du bacille saprophyte, sans virulence, et si cette virulence

ne peut s'exalter dans certaines conditions qui sont encore méconnues. Les différents microbes de l'estomac doivent jouer un rôle important dans la production des fermentations acides, notamment de la fermentation acétique.

Causes locales. — Tous les aliments et boissons, les substances médicamenteuses qui sont susceptibles d'irriter l'estomac sont les causes habituelles de la dyspepsie. Parmi les aliments manifestement nuisibles, nous citerons les épices, condiments, les viandes salées, les crustacés, gibier. Il faut incriminer les régimes exclusifs, régime carné ou végétarien.

Dans la classe ouvrière, la cause la plus fréquente des dyspepsies, c'est l'abus des boissons alcooliques. Sur 36 examens cliniques, M. Hayem a compté 13 cas d'hyperpepsie, dont 10 hyperchlorhydries, 23 hypopepsies dont 4 allant jusqu'à l'apepsie. L'alcool, au début, détermine une vascularisation intense de la muqueuse et une augmentation de l'intensité du travail digestif et, plus tard, par suite de l'extension des lésions glandulaires, le travail digestif s'affaiblit de plus en plus pour aboutir à l'apepsie.

Causes générales. — Les dyspepsies de causes générales sont toutes les dyspepsies secondaires à des états infectieux aigus ou chroniques, à certaines maladies chroniques, chlorose, tuberculose. Sur 72 cas de chlorose, M. Hayem a trouvé 42 fois l'hyperpepsie, 28 fois l'hypopepsie.

Dans une note sur la fréquence proportionnelle des

diverses causes des dyspepsies, M. Pron¹ est arrivé aux conclusions suivantes : la cause la plus fréquente des gastropathies nerveuses réside dans ce qu'on pourrait appeler la faiblesse nerveuse congénitale. Il s'agit des sujets, principalement des femmes qui, depuis leur naissance, n'ont pas cessé d'être malades. Difficile à élever durant leurs premières années elles ont été anémiques à partir de la puberté et toujours faibles, et de leur plus jeune âge, elles se rappellent avoir été migraineuses. De tout temps, elles ont présenté des réactions nerveuses marquées.

Puis, viennent en nombre égal, les facteurs portant sur le cerveau, qu'il s'agisse d'ennuis, d'émotions ou de surmenage intellectuel. D'importance à peu près équivalente sont les causes d'origine génito-urinaire, mais surtout génitales, accouchements, avortements, établissement de la puberté, déviation utérine, kystes.

¹ *Société de Médecine de Paris*, 23 octobre 1909.

CHAPITRE II

IMPORTANCE FONCTIONNELLE DU SYSTÈME NERVEUX

Le lieu commun qui permet de comprendre l'étiologie, la symptomatologie, la marche des dyspepsies nerveuses et d'arriver à une thérapeutique efficace est le système nerveux. Sans vouloir entrer dans les détails anatomiques, nous croyons qu'il est bon de citer le mode d'innervation de l'estomac et la constitution du plexus solaire.

De l'extrémité interne des deux ganglions semi-lunaires, appliqué contre les piliers du diaphragme, un peu en dedans des capsules surrénales, portent de nombreux rameaux plexiformes, qui constituent une anastomose transversale entre ces deux ganglions.

Chacun d'eux reçoit par son angle externe le nerf grand splanchnique et le petit splanchnique correspondant, des filets du pneumogastrique et d'autres venant des ganglions lombaires supérieurs. De plus, le ganglion semi-lunaire droit, mieux partagé que son homonyme, reçoit une branche volumineuse du pneumogastrique du même côté.

Tout cet ensemble de rameaux, d'origine diverse, « ganglions, grands et petits splanchniques, pneumogastrique droit » contribue à la formation du plexus

solaire, qui constitue une nappe nerveuse située au-devant de l'aorte et des piliers du diaphragme autour du tripied vasculaire ou tronc cœliaque et qui envoie des plexus secondaires à tous les viscères abdominaux.

La face postérieure de l'estomac, située en avant du plexus solaire reçoit un nombre considérable de rameaux. Sa petite courbure est innervée par le plexus coronaire stomachique né du plexus solaire. La grande courbure reçoit le plexus gastroépiploïque gauche.

Quand à la face antérieure, elle est tapissée par les ramifications du pneumogastrique gauche. Tous ces rameaux nerveux issus du grand sympathique et des pneumogastriques, pénètrent dans l'épaisseur des parois stomacales et s'y étalent en formant deux plexus : l'un, moteur intramusculaire, homologue du plexus d'Auerbach de l'intestin grêle, l'autre, sensitif sous-muqueux, correspondant au plexus de Meissner de l'intestin grêle, relié au précédent par de nombreuses anastomoses et dont les filets afférents montent et disparaissent dans la muqueuse.

De plus, von Openkovsky a décrit des groupes ganglionnaires, situés dans la région du cardia et du pylore, indépendants du plexus d'Auerbach et, rappelant par leur structure, les ganglions du cœur. L'importance de ces ganglions est telle, qu'après la section de tous les nerfs se rendant à l'estomac les glandes sécrètent encore¹.

Non seulement les glandes sécrètent encore, mais

¹ Gley, *Traité élémentaire de Physiologie*, 1906, p. 163.

elles sécrètent plus longtemps qu'à l'état normal. C'est ce qu'ont montré les expériences de Rheinbold qui a vu, dans l'estomac innervé la sécrétion être continue, alors qu'elle est intermittente dans l'estomac normal ; cela prouve que la muqueuse stomacale possède son autonomie sécrétoire et que le système nerveux central règle cette autonomie ¹.

Borodenko va plus loin. En isolant les portions pyloriques et fundiques d'un estomac et en introduisant les aliments dans la région fundique, aucune sécrétion ne s'établit. Mais si l'on porte des aliments dans la région pylorique, la sécrétion apparaît non seulement là, mais aussi dans le fundus, et elle continue longtemps après que la sécrétion pylorique a cessé et que les aliments sont évacués dans le duodénum. Pour expliquer ce fait, Borodenko admet dans la portion pylorique l'existence d'un centre nerveux, régulateur de la sécrétion ².

Mantelé³ a fait une série d'expériences chez un sujet auquel on avait pratiqué une gastrostomie pour sténose simple de l'œsophage.

A travers la fistule gastrique, on procéda à la dilatation rétrograde de l'œsophage ; après une dizaine de jours, on pouvait déjà introduire une sonde de 6 millimètres de diamètre. En remplaçant la sonde par un cathéter, il était possible de recueillir par celui-ci la salive, ou un liquide quelconque dégluti, sans qu'il vînt en contact avec l'estomac. D'autres expériences ont montré que la simple stimulation chimique ou

¹ *Académie Royale de Médecine de Turin* (1910).

² *Internationale Beiträge zur Path. and Therap.*, 1909, nov.

³ *Archives des Maladies digestives*, p. 696 (1910).

mécanique de l'œsophage ou de la bouche, indépendante de toute idée de nourriture, ne donnait lieu à aucune sécrétion du suc gastrique. La représentation psychique de l'aliment, les sensations visuelles, olfactives et gustatives éveillées par la nourriture provoquaient une abondante sécrétion du suc.

M. Manteli a, d'autre part, étudié l'action directe exercé par l'aliment sur la muqueuse gastrique. Il a vu que la viande, par exemple introduite directement dans la cavité de l'estomac, provoque une sécrétion du suc gastrique.

Cette sécrétion commence à apparaître dans la seconde demi-heure de séjour de la viande dans l'estomac; elle va en augmentant jusqu'à la cinquième heure. Si, après qu'on a introduit la viande dans l'estomac, on administre un repas fictif, le pouvoir digestif des deux premières heures est dû, pour la plus grande part, au suc psychique. Dans les heures qui suivent, au contraire, le rôle joué par le suc psychique devient négligeable, la digestion est effectuée par le suc d'action locale.

Pour ce qui a trait à la composition du suc gastrique, M. Manteli a trouvé à peu près constante d'HCl d'environ 3 pour 1.000 et une teneur en pepsine, variable suivant les besoins de l'organisme.

Dans une dernière série d'expériences, il a cherché à déterminer l'influence de la fatigue physique sur la sécrétion du suc gastrique. Tantôt, après une notable fatigue musculaire, la sécrétion psychique est très diminuée, la sécrétion d'action directe est minime ou nulle. Il faut environ trois heures de repos pour ramener la

capacité de sécrétion à la normale, la sécrétion d'action directe se rétablit plus vite que la sécrétion psychique. Les effets produits par la fatigue psychique sont analogues, mais plus marqués.

La fonction motricité est également sous la dépendance du système nerveux. Quelques minutes après l'ingestion d'une bouillie bismuthée, l'estomac entre en contraction.

Carnot a étudié, en 1907, l'influence des excitations nerveuses sur le jeu du sphincter pylorique. En faisant ingérer à un chien, muni d'une fistule duodénale, 200 centimètres cubes d'eau salée physiologique, il a vu que ce liquide ne faisait que traverser l'estomac; le pylore s'entr'ouvre par intermittence, tel que plus de la moitié du liquide passe dans le duodénum dès les cinq premières minutes et que la totalité a quitté l'estomac au bout de vingt minutes. Mais les résultats sont discordants si l'on fait intervenir des influences psychiques, ou si l'on crée des réflexes à distance.

Les excitations psychiques ont une influence marquée. Le chien élimine-t-il rapidement et suivant un rythme régulier et normal l'H²O ingéré? Il suffit de la vue d'un fouet pour que le pylore se ferme entièrement et que l'élimination cesse d'une façon complète pendant plusieurs minutes; puis, progressivement, le liquide recommence à couler, mais l'élimination totale dure une heure et demie au lieu de vingt minutes.

Par cette influence psychique se manifeste à tout propos et l'on doit être prévenu de la délicatesse extrême du sphincter pylorique aux moindres causes d'excitations émotives, pour éviter nombre de causes d'erreur.

Par exemple, si l'on fait des expériences dans une salle commune du laboratoire, il suffit du bruit des conversations, des allées et venues, etc., pour suspendre le passage pylorique normal du liquide; il suffit de l'émotion causée par la vue d'un cobaye ou d'un lapin pour produire une contraction prolongée du pylore. Aussi, doit-on, pour des expériences, s'isoler dans une pièce spéciale, loin de toute agitation.

Les excitations réflexes à distance agissent à un degré identique. Un simple attouchement de la plaie, une sensation douloureuse provoquée au niveau du sciatique, du rein ou des testicules, amène un spasme du pylore qui dure quelques minutes.

Les excitations nerveuses au niveau de l'estomac provoque presque toujours un spasme pylorique. Une minime ulcération gastrique détermine un spasme qui peut se prolonger fort longtemps; le passage des aliments et même des liquides est considérablement retardé, et au bout de vingt-quatre heures de jeûne, l'estomac et le duodénum renferment encore des débris alimentaires, stase qu'il ne faudra pas mettre sur le compte d'une sténose anatomique.

Les excitations nerveuses au niveau du duodénum provoquent un spasme plus énergique encore. Une distension, par un petit ballon, du duodénum amène une contraction spasmodique du sphincter. S'il s'agit d'une cause permanente, telle qu'une plaie minime accompagnée d'un léger suintement sanguin, le transit gastro-intestinal des aliments est entièrement modifié pour plusieurs jours.

Le pylore reste hyperexcitable et entre en spasme

sous la moindre influence, jusqu'à complète cicatrisation de la plaie abdominale.

La sensibilité du pylore, si exquise vis-à-vis des impressions psychiques, des irritations mécaniques, des ulcérations de l'estomac et du duodénum, est d'ailleurs assez variable d'un sujet à l'autre. La sensibilité réflexe du pylore varie naturellement, comme les autres sensibilités, suivant le névrosisme général du sujet et suivant l'irritabilité locale de ses nerfs digestifs¹.

Le système nerveux seul permet de comprendre l'étiologie multiple, la symptomatologie variable des affections de l'estomac et la marche de la maladie.

Au point de vue de l'étiologie, toutes les causes agissant pour créer la dyspepsie ne peuvent arriver à destination et être efficaces qu'en passant par le système nerveux (en exceptant, bien entendu, les maladies infectieuses). Si la cause est d'origine cérébrale, « chagrin, émotion, travail intellectuel exagéré », elle agit sur le plexus solaire et sur le fonctionnement de l'estomac, par l'intermédiaire de la chaîne sympathique, qui est en relation de continuité avec l'encéphale au niveau des ganglions cervicaux supérieurs et inférieurs.

Si la cause est d'origine périphérique « travail physique ou marche répétée », elle agit sur l'estomac par le plexus solaire, en vertu de l'union de la moelle épinière et de la chaîne sympathique par les rami-communiquantes.

Si la cause est d'origine sexuelle, elle aboutit au

¹ Carnot, le Jeu du sphincter pylorique (*Archives des Mal. digest.*, 1907, p. 651).

plexus solaire par le plexus hypogastrique et mésentérique. Au point de vue de la symptomatologie, le système nerveux seul peut rendre compte de la multiplicité des malaises éprouvés par les malades.

La marche de la maladie est souvent intermittente, mais c'est surtout la marche de la guérison qui montre le rôle du système nerveux.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

La dyspepsie nerveuse peut apparaître subitement ; c'est là un premier signe important de son origine. « Pendant son repas, dit M. Bouveret, un homme jusqu'ici bien portant, apprend tout d'un coup une mauvaise nouvelle ; brusquement il perd l'appétit, cesse de manger, éprouve quelques sensations de tension ou de plénitude à l'épigastre. Voilà un fait d'observation journalière et qui met bien en lumière l'influence d'un état cérébral sur les fonctions de l'estomac. »

Ces symptômes sont fugaces, passagers ; ils auront naturellement disparu au bout de quelques jours. En effet, si la secousse morale est violente, si l'ébranlement du système nerveux est intense, ces troubles gastriques persisteront. Dans ces formes graves des dyspepsies nerveuses, comme celles que l'on observe dans l'hystérotraumatisme, les troubles digestifs « anorexie, flatulence, constipation », s'installent du jour au lendemain. Dans d'autres cas, la neurasthénie s'installe lentement lorsque la cause se fait continuellement sentir ; par exemple, les veilles prolongées, surmenage permanent du cerveau, mauvaise mastica-

tion ; dans ce cas, le début des troubles gastriques est lent et progressif.

Ainsi, la dyspespsie peut présenter des nombreuses alternatives de rémission ou d'aggravation, suivant que le malade échappe momentanément aux causes de neurasthénie ou leur est de nouveau soumis.

Quel que soit le mode de début, le syndrome gastrique-neurasthénique présente une physionomie qui varie peu. Il existe toujours des modifications de l'appétit, qui est souvent diminué, parfois exagéré, mais toujours irrégulier, capricieux.

Le repas est suivi de malaises sur lesquels la qualité des aliments n'a qu'une influence relative. Après une sensation passagère de bien-être, la digestion ne tarde pas à devenir possible. Le malade n'éprouve pas des douleurs véritables ; il ressent uniquement une tension de poids, de ballonnement à l'épigastre, il est incommodé par des fréquentes éructations, plus rarement par des pyrosis. Ces troubles s'accompagnent de phénomènes divers : bouffées de chaleur au visage, palpitations, dyspnée, vertiges, torpeur cérébrale, inaptitude au travail. Ces malaises finissent lorsque la digestion est terminée. Il existe un météorisme gastrique et intestinal, qui oblige le malade à desserrer ses vêtements. La constipation est la règle ; si l'on cherche les limites de l'estomac, on constate un clapotage indiquant l'existence d'une dilatation.

Bouveret¹ distingue deux formes cliniques de la dyspespsie nerveuse : l'une *benigne* et l'autre *grave*.

¹ Bouveret, *la Neurasthénie*, deuxième édition, Paris, 1891, p. 123.

Forme bénigne. — Elle est de beaucoup la plus commune, et ce qui la caractérise particulièrement, c'est la conservation complète ou relative de l'embonpoint. Le malade ne maigrit pas, et, s'il n'a pas des symptômes marqués de dépression cérébrale, il peut garder longtemps une grande partie ou même l'intégrité de ses forces physiques. Beaucoup de malades, malgré leurs troubles digestifs, ont un bon facies et l'apparence de gens bien portants. D'autres sont plus ou moins pâles et anémiques. La digestion est suffisante, puisque la nutrition n'est pas sensiblement troublée, mais elle se fait mal, et la fonction de l'estomac et de l'intestin, au lieu d'être silencieuse comme à l'état normal, s'accompagne toujours de certains malaises. L'appétit est, en général, irrégulier, capricieux, tantôt exagéré, mais jamais au même degré que la dyspepsie par excès de la sécrétion, tantôt diminué. Les variations de l'appétit correspondent le plus souvent à celles de l'état cérébral. Transporté dans un milieu nouveau, momentanément éloigné de ses affaires, de ses soucis, de ses préoccupations habituelles, le dyspeptique neurasthénique peut manger davantage même, avec un réel plaisir. Survient une idée triste, une émotion pénible, l'appétit s'en va, et peut même faire place à une période de véritable anorexie. La langue est humide; elle est quelquefois légèrement saburale sur les bords et vers la base.

Les malaises parfois débuteut tout de suite après l'ingestion des aliments. Dans ce début précoce, M. Leube voit la preuve qu'il s'agit bien d'une excitation anormale, d'ailleurs toute mécanique, des ingesta

sur les terminaisons périphériques des nerfs sensitifs de l'estomac. Il est vrai que la qualité des aliments n'a pas grande influence sur l'intensité des troubles fonctionnels.

Il est certain que ces troubles fonctionnels ne sont pas toujours immédiats et peuvent débiter une demi-heure après le repas.

Il n'est pas très rare que le malade, aussitôt après avoir bu ou mangé, éprouve une sensation de bien-être. Il est plus fort et plus apte au travail intellectuel. En effet, cette sensation de bien-être ne dure pas longtemps. Bientôt apparaissent les signes d'une digestion pénible. Il n'y a pas de véritables douleurs, et c'est là un caractère important de dyspepsie nerveuse. Sans doute, le neurasthénique peut aussi souffrir de gastralgie, mais c'est là un trouble nerveux accidentel surajouté.

Dans les descriptions que font les malades de leurs souffrances, dominant toujours les expressions de poids, pesanteur, ballonnement à l'épigastre. L'estomac peut être légèrement météorisé, mais il n'y a pas de véritable ectasie gastrique.

Pendant la majeure partie de la période digestive, on obtient facilement le bruit de clapotage, l'estomac se rétracte mal, il se laisse distendre par la masse alimentaire. Puis apparaissent des éructations, des gaz sans goût et sans odeur, et chaque éructation produit un soulagement. Le pyrosis et les regurgitations acides sont plus rares, un simple trouble nerveux suffit à les produire.

La dyspepsie nerveuse bénigne n'intéresse pas seulement l'estomac, elle trouble aussi la fonction de

l'intestin. Pendant l'accès dyspeptique, le météorisme s'étend de l'épigastre aux régions inférieures de l'abdomen, où se font sentir quelques sensations de tensions plus pénibles que réellement douloureuses. Les matières fécales ne sont plus moulues en gros cylindres, elles sont ovillées, réduites à l'état de petites boules stercorales.

D'après Bourkart¹, un autre caractère de cette forme de dyspepsie est l'existence des points douloureux abdominaux. En déprimant assez profondément la paroi abdominale, on provoque une douleur réelle au niveau du plexus aortique cœliaque, et ces douleurs se propagent jusqu'au creux épigastrique.

M. Leven² fait jouer un rôle capital à l'irritation du plexus solaire, sorte de cerveau abdominal; il a également décrit des points douloureux à la pression, l'un occupe l'épigastre et se trouve immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, les autres sont groupés autour de l'ombilic et surtout à gauche.

Comme exemple de cette forme, nous pouvons citer les observations suivantes :

OBSERVATION I

(Hôtel-Dieu de Lyon, Service de M. le Professeur agrégé Devic, médecin des Hôpitaux).

Mlle A. M... âgée de vingt ans, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales et un grand amaigrissement.

¹ Bourkart, *Pathol. de neur. gastrique*, Bon., 1882.

² Leven, *Estomac et cerveau*, Paris, 1884.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler. *Antécédents personnels* : Rougeole à onze ans. Depuis l'âge de huit ans, la malade avait des aigreurs après le repas, une sensation de malaise lorsqu'elle avait mangé de la salade, des crudités. Cet état a persisté jusqu'à l'âge de quinze ans ; les troubles gastriques précités disparaissant d'ailleurs dès que la malade surveillait son alimentation. A l'âge de quinze ans, elle s'était très bien développée, elle pesait 58 kilogrammes (son poids actuel est 32 kilogrammes). Il y a un an, elle pesait 29 kilogrammes.

Réglée à quinze ans, très irrégulièrement depuis. Aménorrhée depuis trois ans. Pertes blanches depuis douze ans ; actuellement, seules des pertes jaunes persistent.

A quinze ans, survient une faiblesse de plus en plus marquée ; la malade se plaignait en outre de congestion facile du visage avec sensation du froid aux pieds. Céphalée fréquente, anorexie.

La malade était sujette à de fréquentes angines. Comme troubles intestinaux, il faut signaler des douleurs disséminées dans tout l'abdomen, des gargouillements que la malade perçoit lorsqu'elle est au lit. Il faut insister surtout sur la constipation qui est opiniâtre ; depuis trois ans, la malade ne va à la selle qu'au moyen de laxatifs et surtout de lavements. Elle a remarqué une abondance de glaires autour des selles, de temps à autre des peaux, membranes, dit-elle. Il existe le syndrome de Kœnig avec péristaltisme, douleur, bruits hydroaériques, soulèvement de la paroi vers l'ombilic, à gauche, au moment des crises douloureuses. La paroi fait bosse ; la malade, pour soulager ses douleurs, fait des massages à ce niveau.

L'accès se termine par une envie d'aller à la selle, envie le plus souvent non satisfaite, parfois seulement quelques gaz parviennent à passer après de longues frictions. Jamais de vomissements, mais aujourd'hui encore persistent les renvois, ni aigres, ni acides, survenant après les repas. La malade s'irrite ou pleure très facilement et les émotions

diverses réveillent de violentes douleurs au niveau du creux épigastique.

A l'examen, la malade est très amaigrie ; l'abdomen est rétracté, les côtes sont saillantes, les muqueuses sont décolorées.

La palpation de l'abdomen réveille des douleurs un peu partout, mais surtout au-dessous de l'appendice xyphoïde. La paroi est souple, on ne sent pas derrière elle des gâteaux péritonéaux. Les doigts plongent dans la profondeur sans sentir rien d'anormal. Dans la région cœcale, il est très facile d'obtenir un bruit de gargouillement ; à ce propos, la malade raconte que les bruits spontanés sont très intenses et que chez elle on entendait les bruits d'un bout à l'autre de la chambre.

A la percussion, l'abdomen est sonore ; pas de matité dans les flancs, même dans le décubitus latéral. On ne sent pas le foie, ni la rate. La palpation est particulièrement douloureuse du côté gauche.

Poumons et cœur sont normaux.

Weber négatif ; examen des urines : ni sucre, ni albumine.

Alimentation : A 6 h. 1/2, le matin, un quart de tasse de phosphocacao ; à 1 h. 1/2, un quart de tasse de phosphatine, une cuillerée de fromage blanc et un jaune d'œuf.

A 4 heures, une cuillerée de fromage blanc et un jaune d'œuf. A 7 heures, une tasse de bouillon d'herbe. La malade ne boit pas entre ses repas. Il y a deux ans que la malade suit ce régime.

Examen radioscopique. — Rien aux poumons et au cœur, le diaphragme se contracte bien. Après ingestion d'une bouillie bismuthée, tout petit estomac sus-ombilical, le duodénum est visible.

18 février 1914. — La malade part chez elle très améliorée. Elle pèse actuellement 41 kg. 600 ; elle a donc gagné 12 kilogrammes en l'espace de sept mois. L'appétit est bon.

Le matin, elle prend du café au lait.

A 10 heures, purée, poulet et légumes.

A 6 heures, potage, purée, œufs.

OBSERVATION II

(Résumé d'une observation par Mathieux et Roux, 1913).

Mlle K., est âgée de seize ans et demi, elle a toujours été nerveuse, elle est très intelligente et très bien douée. Elle s'est surmenée l'année précédente pour préparer un examen (brevet). Depuis cette époque, elle dort mal, son sommeil est agité, le matin elle se trouve beaucoup plus fatiguée que la veille; elle a tout le temps mal à la tête et ces maux de tête augmentent beaucoup sous l'influence du travail intellectuel, qui est aussi devenu très difficile. Elle a sensiblement maigri. Cependant elle mange bien et ses digestions ne sont pas pénibles; les selles sont régulières. A 3 heures de l'après-midi, deux heures après la fin du repas, on constate un bruit de flot stomacal très marqué, mais qui ne dépasse pas l'ombilic.

La jeune malade est facilement essoufflée, elle se plaint de palpitations. Il n'y a rien d'anormal à l'auscultation du cœur et du poumon. On constate de la tachycardie, on compte 132 pulsations à la minute. Il n'existe aucun autre symptôme, du reste, qui puisse faire penser à l'existence ou au début d'un goitre exophtalmique.

Le trop jeune âge des élèves au cours de leurs études est la source de graves inconvénients et de sérieux dangers. Leur santé intellectuelle et physique est exposée à des accidents graves qui peuvent être irrémédiables.

OBSERVATION III

(Mathieux et Roux, 1913).

M. J... est âgé de dix-sept ans, il est élève de mathématiques spéciales et se prépare au concours de polytechnique

Il a toujours été un excellent élève; il travaille beaucoup et est toujours dans les premiers de sa classe. Il a beaucoup grandi depuis deux ans.

Depuis six semaines, il éprouve des maux de tête qui rendent le travail intellectuel très difficile et une sensation de fatigue sans motifs, qui est plus marqué le matin au réveil. Le sommeil est, du reste, bon.

L'appétit est notamment diminué. Les digestions sont lentes et difficiles; elles s'accompagnent d'une sensation de gêne et de pesanteur au niveau de l'estomac qui persiste pendant des heures.

L'examen des urines, pratiqué dès le début, a révélé la présence d'une petite quantité d'albumine, 6,30 pour 1.000 environ. Sous l'influence du repos et du régime lacto-végétarien, la quantité d'albumine diminue assez rapidement et désormais on n'en trouve plus que des traces. Au dernier examen, l'albuminurie avait même disparu. A l'examen de l'abdomen, pratiqué à 3 heures de l'après-midi, deux heures après la fin du repas, on constate un bruit de flot considérable qui dépasse l'ombilic environ de quatre travers de doigts.

Comme traitement, on prescrit le repos presque absolu à la campagne, un régime composé de laitage, d'œufs, de purées variées, de légumes verts cuits, de poissons maigres et de volaille, biscotte en guise de pain. Il sera pris vingt minutes avant les deux repas, dans un peu d'eau de Vichy, deux cuillerées à café de peptone sèche et II gouttes de teinture amère de Baumé, pendant quinze jours. Les quinze jours suivants, prendre, vingt minutes après les deux repas, dans un peu d'eau, XXV gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de Colombo, gentiane et d'ipéca.

M. J... est revu quatre mois plus tard. Il se trouve beaucoup mieux. Les maux de tête ont beaucoup diminué. Le repos intellectuel et physique a, du reste, été presque complet; on n'a permis que quelques lectures peu fatigantes. La sensation de gêne et de pesanteur est beaucoup

moins marquée lorsque le malade reste étendu après le repas. Dans la station debout, elle se reproduit de nouveau.

L'appétit est meilleur. Le jeune malade a encore grandi, il n'a pas maigri. On n'a plus retrouvé que des traces d'albumine dans l'urine. L'estomac est toujours dilaté et se vide lentement; toutefois, à jeun, on le trouve complètement vide. L'analyse, après repas d'épreuve, indique un degré accentué d'hypochlorhydrie. A l'examen de l'urine, l'albumine a complètement disparu.

Dans cette observation, on a constaté au début une albuminurie légère qui a disparu sous l'influence du repos et du régime alimentaire.

On sait combien est difficile l'interprétation des petites albuminuries de ce genre. Dans le cas présent, il est à noter qu'elle a été influencée assez rapidement par le traitement. Elle se rapproche de ce qu'on a décrit sous le nom d'albuminurie d'origine dyspeptique. Quoi qu'il en soit, il est permis de supposer qu'une hygiène meilleure aurait pu mettre ce jeune homme à l'abri des accidents morbides qui ont momentanément arrêté sa carrière. S'il avait passé plus de temps au grand air, s'il avait davantage surveillé son alimentation, s'il avait fourni un effort intellectuel moins considérable, il fût peut-être resté indemne des accidents qu'il présente actuellement.

OBSERVATION IV

(Hôtel-Dieu de Lyon, Service de M. le Professeur agrégé, Devic, médecin des Hôpitaux, 1913).

O. P..., âgée de trente-cinq ans, couturière. Entre à l'hôpital pour des vomissements et de la toux.

Mère morte des suites de couches, père mort d'accident.

Antécédents personnels : Pas de maladies dans l'enfance, réglée à dix ans et demi régulièrement. Mariée à dix-sept ans.

Son mari était cocher et éthylique. La malade n'eut pas de fausses couches. Un matin elle rendit du sang assez abondamment, ce sang était caillé et elle le rendit au milieu des secousses de toux. Ces hémoptysies effrayèrent la malade et, sur le conseil de son médecin, elle abandonna son travail qui était très exposé aux poussières. Après ces hémoptysies, la malade ne remarqua pas des troubles de son état général : l'appétit est conservé, pas de dyspnée, pas de fièvre, pas de toux. Depuis environ trois mois elle vomit fréquemment après les repas, sans douleurs, sans renvois acides, sans pesanteur dans l'épigastre. Les règles ont disparu depuis dix-huit mois.

A l'examen, la malade est très amaigrie, présentant un petit ganglion au sommet de la région carotidienne qui roule sous les doigts.

La langue n'est pas saburrale, le matin l'estomac clapote, la coupole gazeuse remonte très haut. Le foie est gros, débordant les fausses côtes et il est douloureux à la pression. Légère teinte subictérique des conjonctives.

A l'examen du poumon, on observe une obscurité de la respiration dans le poumon gauche, avec quelques râles à teintes métalliques.

Au cœur, il n'y a rien à signaler.

Les réflexes rotuliens sont normaux, les pupilles réagissent bien à la lumière, pas de sucre ni albumine.

OBSERVATION V

(Hôtel-Dieu de Lyon, Service de M. le Professeur agrégé Devic, médecin des Hôpitaux, 1913).

P. A., âgée de vingt-quatre ans. Elle entre à l'hôpital le 16 juillet 1913 pour se faire soigner de l'estomac. Rien à noter sur les antécédents héréditaires. Réglée à onze ans régulièrement. Depuis un an elle souffre de temps à autre de l'estomac. Elle a eu quelquefois des vomissements

bilieux le matin. C'est surtout depuis un mois que la malade souffre beaucoup plus. Elle n'a pas d'appétit. Dès qu'elle a mangé, elle ressent de vives souffrances au niveau du creux épigastrique, accompagnées d'un malaise qui dure vingt minutes; puis quelques heures après survient une pesanteur et des renvois. D'autre part, elle présente divers troubles nerveux, palpitations douloureuses, tremblement.

Le matin même du jour de son entrée à l'hôpital, la malade a vomi le lait qu'elle avait pris. Elle a une constipation opiniâtre.

La langue est un peu blanche, la palpation du creux épigastrique n'est pas douloureuse. Il n'y a pas de clapotage à l'estomac.

Tous les autres organes ne présentent rien de particulier. Les réflexes sont normaux.

Après injection de bismuth, on remarque à la radioscopie que l'estomac est un peu altéré à droite de la ligne médiane et un peu abaissé. L'estomac se contracte bien.

A l'examen des urines, pas de sucre et albumine. Pendant son séjour à l'hôpital (dix jours) la malade a gagné 1 kilogramme de son poids.

OBSERVATION VI

(Hôtel-Dieu de Lyon, Service de M. le Professeur agrégé Devic, médecin des Hôpitaux).

O. C..., âgée de vingt-cinq ans, entre le 8 juin 1909 parce qu'elle se sent faible et qu'elle souffre depuis trois ans de l'estomac.

La malade n'a pas eu d'affection grave dans le jeune âge. Réglée à douze ans toujours irrégulièrement. A dix-huit ans elle souffrait de douleurs de tête violentes et de douleurs dans l'estomac, qui ont duré six mois. En ce moment, pas de vomissements, mais des éructations acides fréquentes. Il y a seulement deux mois que les douleurs de l'estomac

sont revenues très violentes avec des vomissements. Ces douleurs surviennent presque aussitôt après le repas, en ce moment la face se congestionne, les douleurs durent quelques heures et sont localisées dans le creux épigastrique et l'hypochondre gauche. En même temps, éructations acides avec gargouillement. L'appétit persiste, mais la malade ne veut pas manger. La constipation est habituelle.

A l'examen radioscopique, abaissement de l'estomac à la palpation, clapotage et dilatation de l'estomac. Les réflexes rotuliens sont exagérés, trépidation épileptoïde.

Rien de particulier aux poumons et au cœur. Pouls : 92. Température : 38.

Pendant la durée de séjour à l'hôpital elle a gagné 3 kg. 500.

OBSERVATION VII

(Hôtel-Dieu de Lyon, Service de M. le Professeur agrégé Devic, médecin des Hôpitaux).

R. M., trente-six ans, ménagère, entre le 11 mars 1914 à l'hôpital pour des douleurs stomacales presque continuelles, des vomissements et de l'amaigrissement. Dans son enfance elle a eu la rougeole et la coqueluche. Reglée à quatorze ans, très irrégulièrement. Vers quinze ans elle devient très anémique; elle avait des céphalées très vives, était très pâle, saignait très souvent du nez. Déjà à cette époque, elle était sujette aux vomissements après ses repas, mais elle ne souffrait guère de l'estomac.

Mariée à vingt ans, son mari mourut de bacilliose pulmonaire au bout de trois ans. Elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches de ce premier mariage.

Elle se remaria à vingt-neuf ans. Jusque là elle avait une bonne santé, sauf toutefois des migraines très fortes qui apparaissaient une ou deux fois par mois, et pendant lesquelles la malade vomissait tout ce qu'elle prenait. Il y a

cinq ans, apparurent les troubles digestifs qui ne l'ont pas abandonnée. Elle avait des douleurs épigastriques très vives et continuelles; elle rendait tout ce qu'elle prenait. Elle vit un médecin qui dit que c'était une dilatation de l'estomac, et resta un mois et demi au lit. Il est à signaler que la malade avait toujours soif et buvait quatre ou cinq verres d'eau et de vin à chaque repas et quatre tasses de café chaque jour. Après ce séjour au lit, son état s'améliora beaucoup; pendant trois ans elle alla bien, n'ayant que de temps à autre des maux de tête très vifs, pendant lesquels elle vomissait encore tout ce qu'elle prenait. Il y a deux ans, peu à peu elle se remet à souffrir beaucoup de l'estomac et à vomir tout ce qu'elle mange. Elle resta deux mois au lit, au bout de ce temps elle allait mieux, mais était encore d'une grande faiblesse. Après ses repas, elle avait sommeil, bâillait. Une fois par semaine, elle se mettait à souffrir bien plus après les repas et souvent elle ne vomissait que pendant la nuit et même le lendemain matin, le repas qu'elle avait pris à midi. Les douleurs continuelles ont recommencé il y a un mois avec les mêmes caractères qu'autrefois. Elle se mit à vomir tout ce qu'elle prenait. Elle ne put guère se soigner ayant trois enfants en bas âge et eut une existence assez pénible. La malade a bien maigri depuis quelques mois, et a perdu ses forces. Depuis trois jours qu'elle est à l'hôpital, au repos, elle souffre bien moins et n'a pas vomi.

Il est à noter que la malade est très nerveuse, pleure très facilement. Jamais elle n'a eu de crises.

Actuellement, l'appétit est assez bon, les digestions sont longues et pénibles, constipation très marquée. À la palpation le ventre est très souple, on provoque une douleur vive au niveau de l'épigastre, de l'hypochondre et du flanc gauches. Le foie et la rate ne sont pas gros. Le rein droit est ptosé et extrêmement mobile.

Les bruits du cœur sont normaux.

Aux poumons, rien à signaler.

Les reflexes sont normaux, tremblement des paupières.

A l'examen radioscopique, estomac sous-ombilical de forme normale. Aéroplagie.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} avril 1914 en regagnant 2 kilogrammes et demi.

OBSERVATION VIII

(Hôtel-Dieu de Lyon, Service de M. le Professeur agrégé Devic, médecin des Hôpitaux).

M. M., âgée de soixante et un ans, ménagère, entre à l'hôpital le 13 avril 1914.

Pas de maladies dans l'enfance, à dix-huit ans une fièvre muqueuse, pas d'autres maladies depuis. L'état actuel de la malade remonte à quatre ans.

Elle souffre de l'estomac assez fréquemment, mais les douleurs ne sont pas très violentes. Cette douleur inconstante comme apparition et comme durée apparaissait deux heures après le repas. La malade vomit rarement, un peu de constipation.

Le foie n'est pas senti; l'abdomen est souple.

Il n'existe pas de troubles nerveux.

A l'examen radioscopique, estomac dilaté, le pylore est au niveau de l'ombilic et le bas-fond gastrique à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse; il plonge par conséquent dans le petit bassin. Les contractions de l'estomac sont très énergiques.

OBSERVATION IX

(Mathieu-Roux, 1913).

M. Z... est âgé de seize ans. Il se présente à nous au commencement du mois de novembre 1904. Il avait subi un examen de baccalauréat au mois de juillet précédent; il avait beaucoup travaillé pour le préparer, mais cependant

sans se sentir très fatigué. Il alla passer ses vacances dans la Forêt-Noire où il abusa de la marche et du tennis. Ses parents furent effrayés de sa maigreur et de son aspect déprimé lorsqu'ils le revirent à la fin de septembre.

Depuis un mois, il se sentait fatigué. Il avait continué à manger et à boire beaucoup, après les repas il éprouvait une sensation de pesanteur et des étourdissements. Un médecin diagnostiqua une grande dilatation de l'estomac et le soumit à un régime sec très sévère, dont le résultat fut de le faire maigrir de 7 kilogrammes en un mois. Il n'y avait du reste ni sucre ni albumine dans l'urine, rien à l'auscultation du cœur, ni du poumon, pas de fièvre.

A l'examen de l'estomac, à 3 heures de l'après-midi, on constate un bruit de clapotage marqué dépassant l'ombilic. Rien d'anormal au foie.

Sous l'influence d'une alimentation plus copieuse à base de lait, de laitage et d'œufs, le jeune Z... gagna 3 kilogrammes en quinze jours. Il se trouvait beaucoup mieux. Toutefois à 6 h. 45 du soir, c'est-à-dire 6 heures un quart après le repas de midi, on constatait encore un peu de clapotage à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Par l'examen pratiqué à jeun, on constata un léger clapotage épigastrique et l'analyse montra un certain degré d'hyperchorhydrie :

Acide total. 2,73 pour 1.000

HCl libre . 0,87

Le jeune malade se reposait complètement, il est resté étendu presque toute la journée, il n'a fourni aucun travail intellectuel. Il se trouve actuellement beaucoup mieux, il n'a plus de vertiges, il dort bien et ses digestions sont beaucoup plus faciles.

(Travail publié dans les *Archives Internationales d'Hygiène scolaire*, Leipzig.)

Forme grave. — Dans cette forme, nous trouvons les mêmes symptômes. Le repas est suivi des mêmes sensations épigastriques. Ordinairement, ces sensations sont plus pénibles, les éructations plus fréquentes, et la constipation est plus prononcée. Mais, à ce tableau, s'ajoute un trait nouveau : la nutrition subit une sérieuse atteinte. Les malades perdent leurs forces, pâlisent et maigrissent. Cet amaigrissement est le plus souvent rapide. Dans quelques-uns plus sévères, la peau devient sèche, terreuse, et le facies prend un aspect cachectique.

M. Moïbius ¹ a également signalé cette forme grave de dyspepsie nerveuse : la plupart de ses malades présentaient, en plus, de la diarrhée.

Cette seconde forme dure longtemps. Elle dure d'autant plus, que l'état neurasthénique est plus prononcé. Les traitements de ces états sont longtemps inefficaces, et c'est encore là un caractère remarquable de la forme sévère de la dyspepsie nerveuse.

L'observation qui suit caractérise bien cette forme grave :

OBSERVATION X

(Résumé de l'observation du Service de M.le Professeur agrégé
Devic, médecin des Hôpitaux.)

E. H..., vingt-deux ans, sans profession, est venue le 26 décembre 1912 à la consultation pour des crises nerveuses survenant immédiatement après l'ingestion des aliments.

Antécédents héréditaires : mère, âgée de cinquante-cinq ans, bien portante, aurait été soignée il y a quatre à cinq

¹ Moïbius, *Centralblatt f. Nervenheilk*, 1884.

ans « pour les nerfs ». Père âgé de cinquante-cinq ans, non éthylique, nerveux lui aussi. Un frère et une sœur, bien portants.

Antécédents personnels. — La malade aurait eu à sept ou huit ans une glande au cou, de l'humeur aux yeux, une otorrhée gauche. Pleurésie à quatorze ans non ponctionnée, mais traitée par des topiques. Coxalgie à onze ans, soignée dans le Service du D^r Nové.

Réglée à douze ans, régulièrement jusqu'à son mariage. Depuis, règles plus rapprochées, pertes parfois légèrement rosées, mais sans caractère évident de gonococcie.

Un accouchement il y a deux mois, enfant bien portant.

Pas de fausse couche.

L'affection actuelle a débuté il y a deux mois; avant cette époque, la malade qui s'occupait aux soins de son ménage et à la confection des cravates, se portait bien, mangeait et digérait facilement, n'était pas constipée. Elle était nerveuse, tantôt gaie, tantôt triste, présentant parfois des crises de larmes mais n'ayant en somme jamais eu des crises nerveuses proprement dites.

Il y a deux mois, le 1^{er} septembre, au moment d'une période menstruelle, à 9 heures du soir, étant seule chez elle (son mari ne devait rentrer qu'à minuit) elle entend sonner à la porte. Le coup de sonnette brusque l'effraya déjà : elle demande qui est là, on ne lui répond pas ; elle essaye de regarder à travers le judas, on avait mis la main dessus. Elle rentre alors dans sa cuisine, très effrayée et sans avoir ouvert, en proie à un grand tremblement qui lui empêche de saisir les objets. Elle peut pourtant boire un verre d'eau fraîche, par lequel elle est momentanément calmée. A minuit, au moment du retour de son mari et pendant qu'elle lui explique ce qui s'est passé, les mêmes accidents se reproduisent, toujours sans crises nerveuses proprement dites, la nuit insomnie. Le lendemain matin, un peu après le réveil, elle devint, dit-elle, toujours très agitée et nerveuse.

Bien que la malade ait été soulagée par ce pseudo-vomissement, le Dr E... est appelé ; il ordonne une potion indéterminée et prescrit le repos au lit jusqu'à la cessation des règles. La malade absorbe aussitôt une partie de sa potion, puis, peu après, pour son repas du midi, un œuf sur le plat. L'ingestion de cet œuf est suivie d'une crise (la première) que la malade et son mari disent avoir été absolument pareille à celles qui, depuis, se sont succédé.

Depuis lors, en effet, après chacun de ses repas s'est produite une crise convulsive, ces crises se répétaient donc deux fois par jour. Les repas se composaient seulement de potages, lait au cacao, en somme alimentation uniquement liquide où le tout était vite absorbé, huit à quinze minutes ; mais, fait à signaler, que l'ingestion ait été ou très rapide ou plus lente, la crise ne survenait jamais pendant que la malade mangeait, et simplement quelques instants après le repas terminé. Dans les intervalles des deux repas, la malade buvait de l'eau, de la limonade, des tisanes, sans voir apparaître aucun accident nerveux.

Jamais un vomissement quelconque n'a accompagné des crises convulsives qui se sont reproduites deux fois par jour depuis deux mois. Une fois la crise passée, la malade se sentait aussi bien que possible. Toutefois son caractère était plus instable et impressionnable ; elle présentait aussi des insomnies et des rêves fréquents ; tantôt elle revisait simplement ses actes de la veille, tantôt elle avait de véritables cauchemars (émotions, marasmes).

Ces accidents l'ont amenée à réduire considérablement son alimentation ; elle avait maigri de 3 kilogrammes au cours des cinq premières semaines de maladie.

Depuis le début des accidents, la malade a été réglée deux fois. Elle a perdu un petit peu plus que de coutume, mais sans douleurs. Les accidents gastriques n'ont pas paru être plus accusés lors des périodes menstruelles.

Afin de se convaincre de la réalité de ses dires, on lui fait immédiatement boire un verre de lait. Une minute

environ après la dernière gorgée, la malade, jusque-là un peu consciente de ce qu'elle savait, se rejette brusquement sur le côté droit. Ses traits expriment sa douleur, quelques sanglots la secouent ; elle porte à la région épigastrique ses mains contractées : puis, très rapidement en trente ou quarante secondes des contractions toniques généralisées surviennent, contractures marquées surtout au niveau des bras, et particulièrement du bras droit. Les poings sont fermés, mais le pouce n'a point fléchi dans la paume de la main.

Les pupilles sont insensibles et largement dilatées et, n'ayant aucune perte de la connaissance, la malade comprend ce qu'on lui dit ; elle peut ouvrir légèrement la bouche et tirer sa langue, faiblement ; la crise dure ainsi, sept ou huit minutes, sans mouvements cloniques proprement dits, sans écume, sans morsure de la langue. Elle ne se déroule pas d'une façon progressive, mais par des périodes de contractures, séparées entre elles par quelques secondes de mieux-être avec diminution des douleurs et de la contracture musculaire. A chacune de ces recrudescences la malade se jette brusquement sur le côté, soit à droite, soit à gauche.

La crise prend fin, sans émission volontaire d'urines, sans crises de larmes. Immédiatement après la crise, la malade se sent très bien, et rit surabondamment.

Le même jour la malade, après injection de morphine, a absorbé une tasse de lait ; nouvelle crise, mais moins intense.

A l'examen : Il s'agit d'une malade de petite taille, un peu amaigrie, pesant encore 46 kg. 500, très brune, avec pigmentation très marquée de la peau.

Elle répond avec beaucoup de précision et de bonne volonté aux questions qu'on lui pose.

Système nerveux : Pupilles égales, réagissant bien avec deux modes. Réflexe rotulien plutôt faible, sans trépidation épileptoïde, sans clonus.

Réflexe cornéen et pharyngien conservés.

Pas de tremblements des extrémités. Quelques batte-

ments palpébraux, mais modérés. Pas d'hyperesthésie au contact; pas d'hyperesthésie du creux épigastrique. Hyperesthésie à la figure.

Douleurs à la pression au niveau des zones ovariennes. Pas d'onycophagie.

Durant tout l'examen, elle présente de l'instabilité motrice, mouvements involontaires des bras, accès de rire.

Appareil pulmonaire: Pas de toux habituelle, pas d'expectoration. La mobilisation thoracique se fait bien de deux côtés.

Au poulmon gauche on ne trouve guère à noter qu'une submatité dans la fosse sus-épineuse avec, à ce niveau, caractère un peu rude du murmure, mais sans bruits surajoutés.

Dans les fosses sus et sous-claviculaires, on trouve en effet une sonorité moins marquée que du côté opposé, des vibrations légèrement exagérées.

Au cœur: Rien à signaler.

Abdomen souple, non douloureux à la palpation.

Pas d'augmentation du volume de la rate.

Pas de ptose rénale.

Aucun signe de sténose pylorique.

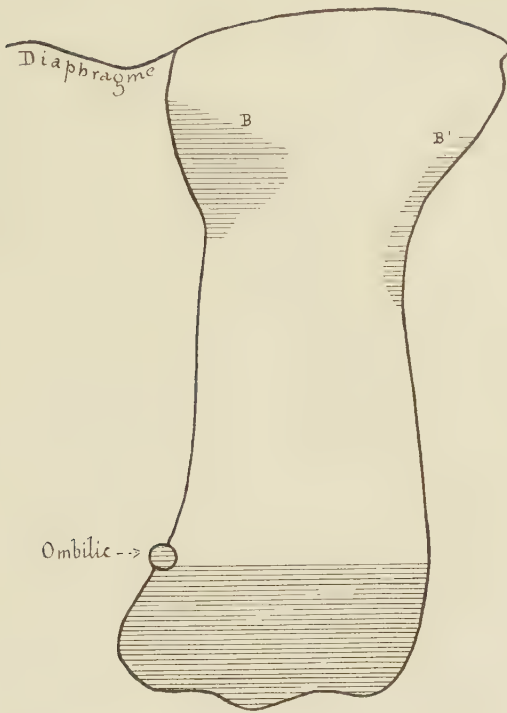
Urines claires, ni sucre, ni albumine.

Radioscopie. — Mobilisation diaphragmatique normale, beaucoup de gaz dans l'estomac et l'intestin.

La malade est revenue le 29 octobre 1912; on lui avait donné une potion (cocaine-morphine) à prendre avant le repas. Depuis cette thérapeutique, les crises ont sensiblement diminué d'intensité et de durée. Le même jour, on lui fait absorber un potage. Malgré un entourage nombreux, la crise est légère, très aisément arrêtée par la compression ovarienne.

3 novembre 1912. — On essaye de donner une potion de NaCl; il n'y a aucun résultat.

7 novembre. — On lui ordonne le mélange effervescent d'Ebstein; les crises sont néanmoins revenues, mais moins



Absorption d'une coupe d'une soupe de bismuth à 11 heures.

Troisième examen à 3 heures moins le quart. — Une partie du bismuth est encore apparente au niveau de l'antré prépylorique; une autre est déjà dans le cæcum. La majeure partie doit être dans le grêle.

Le cæcum est rétropubien; en arrière de sa branche droite.

Quand à l'estomac, vide dans sa plus grande surface, il est peut-être encore plus net que lorsqu'il était imprégné de bismuth.

La zone claire est relevée en B et B' par deux bandes d'ombre légère. On voit au niveau de la région prépylorique des contractures assez énergiques.

Quatrième examen à 5 heures. — Tout le bismuth, qui se dessine maintenant très net, est beaucoup plus volumineux qu'à l'examen précédent en arrière du pubis et à la partie droite inférieure de la fosse iliaque interne.

Même aspect gastrique à part l'ombre pylorique.

fortes; on fait aujourd'hui une radioscopie; quinze minutes après l'ingestion du bismuth, elle a présenté une crise. La radio a montré un estomac oblique, le bas-fond est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pylore est très à droite; les contractions sont énergiques.

16 décembre 1912. — La malade est à jeun depuis hier soir 6 heures. Il n'existe absolument aucune rétention à la sonde. On lui donne à 11 heures un repas d'épreuve composé de :

Un verre de thé, une brioche.

Deux ou trois minutes après, crise, que la compression ovarienne arrête facilement. Au cours de cette crise, on remarque avec plus grande netteté; quelques convulsions réapparaissent dès qu'on fait cesser la compression ovarienne.

Après la crise, mouvements nerveux à type choréique du bras droit. Le repas d'épreuve est retiré dix minutes après. D'autre part, la malade déclare n'avoir jamais eu de crises pendant ou après les rapports conjugaux.

19 novembre. — Analyse du repas d'épreuve :

Acidité totale : 54 centimètres cubes de solution décinormale pour 100 centimètres cubes.

Réaction. — Vert brillant : très positif.

Gunsbourg : douteux.

Uffelmann : négatif.

Dans le repas d'épreuve, on trouve :

Jeu de mucus.

Pain bien digéré.

Peu d'odeur.

2 janvier 1913. — La malade entre pour quelques jours, afin de faciliter la solution de sa position sociale et familiale. Elle va très bien depuis déjà plusieurs jours, mais à sa sortie elle avait encore des crises moins fortes et plus courtes.

10 janvier 1913. — Séjour absolument normal, sans aucune crise. Bon appétit.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'indication principale du traitement est donc de relever les forces du système nerveux. Le médecin doit s'appliquer à ranimer l'énergie morale du patient. Il est utile de le faire sortir du milieu dans lequel il est tombé malade ; de lui tracer un genre de vie nouveau. En été, lui conseiller un séjour prolongé à la campagne et montagne. Dans ce cas, le dyspeptique neurasthénique sera moins abattu, dormira bien, aura plus d'appétit. En hiver, il faut recommander au malade le séjour dans un climat chaud, car le froid et l'absence du soleil aggravent encore les symptômes de la dépression cérébrale.

L'administration du fer et de l'arsenic convient dans les cas compliqués d'anémie. Le plus souvent, il est préférable de choisir parmi les procédés de l'hydrothérapie, électrothérapie, massage. Dans les cas graves, avec anémie et amaigrissement, le traitement systématique d'engraissement est le meilleur moyen d'obtenir une sérieuse amélioration.

Pour ce qui est du traitement même des troubles digestifs, il faut éviter les poudres digestives, les

amers, les alcalins, les antiseptiques, souvent employés d'une façon banale, ne conviennent pas au traitement de la dyspepsie nerveuse. On peut en dire autant pour la plupart des eaux minérales.

Il n'y a pas lieu de prescrire un régime sévère, comme le régime lacté ou le régime carné exclusif. Il suffit que le malade évite les aliments notoirement indigestes, ceux qui séjournent plus longtemps et fermentent plus facilement, dans un estomac dont la sécrétion et la motilité ont une moindre activité, tels sont : le pain frais, le pain mal cuit, les viandes faites, les fromages fermentés, les légumes crus, les salades.

Le régime carné exclusif et la diète sèche y produisent parfois des effets désastreux.

Puisque la sécrétion est ralentie, il semble tout naturel de prescrire les ferments digestifs et l'acide chlorhydrique. M. Bouveret fait usage de 4 à 5 pour 1.000 d'HCl, dont le malade prend environ un verre, en trois ou quatre doses, à une demi-heure d'intervalle en commençant vingt-cinq ou trente minutes après le repas.

M. Leube a recommandé l'électrisation de l'estomac. L'application du courant galvanique a lieu avant ou pendant la période digestive et dure quinze à vingt minutes. L'électrode négative est placée en arrière, au bas de la région dorsale, et la positive est en avant, sur le creux épigastrique et l'hypogastre gauche.

Dans le traitement de la constipation, de la dyspepsie nerveuse, il ne faut pas abuser des purgatifs, et en particulier des purgatifs salins. Il est préférable de donner des doses modérées de rhubarbe, aloès,

podophyle. Les lavements doivent être d'H²O tiède, de petit volume et ne pas dépasser 300 grammes.

A l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le Service de M. le professeur Devic, on a souvent employé la cocaïne associée à la morphine, ce qui a donné très souvent de bons résultats.

Chez les femmes, la dyspepsie s'accompagne souvent de l'abaissement de l'estomac, des prolapsus des viscères abdominaux. La sangle hypogastrique de M. Glénard convient à ces cas complexes; elle rend plus facile la marche et la station debout.

Comme nous avons essayé de l'établir, l'hystérie gastrique est avant tout une affection d'ordre psychique. Le plus grand nombre des accidents observés peuvent se rattacher à une autosuggestion. Il ne faut jamais négliger le traitement psychothérapeutique, on peut user la suggestibilité du malade : ce n'est pas le meilleur traitement, mais, en tout cas, c'est le plus facile. On peut badigeonner la région abdominale avec du collodium coloré par du bleu de méthylène. Chez les enfants, la menace est un assez bon moyen.

Toutefois, dans les formes plus sérieuses, il faut alors avoir recours à l'isolement, qui constitue le traitement de choix dans toutes les variétés de dyspepsies nerveuses. C'est surtout M. Déjérine¹ qui a bien mis en lumière l'importance de l'isolement des psychonévroses.

¹ Déjérine, *Traitement de la psychonévrose par la psychothérapie*, 1901, Paris.

CONCLUSIONS

L'expérimentation et la clinique nous indiquent quelle importance le système nerveux, envisagé dans son ensemble, a vis-à-vis de l'estomac. Seule l'étude du système nerveux dans ses rapports avec l'estomac, permet une étude rationnelle et scientifique des dyspepsies nerveuses.

Les dyspepsies nerveuses sont caractérisées par leur étiologie spinale en rapport avec une commotion nerveuse de nature sensible; quant à leur symptomatologie, elle est très variable, intéresse les fonctions sécrétives et les fonctions motrices, avec retentissement sur l'état général; quant aux fonctions sécrétoires, elles sont, le plus souvent, diminuées (type hypopeptique), mais parfois exagérées (type hyperpeptique), ou encore altérées (type avec fermentations secondaires). Au point de vue évolutif, on divise les dyspepsies nerveuses en forme bénigne et formes graves. Au point de vue thérapeutique, il faut viser

l'état général et le système nerveux par les moyens hygiénodietétique, psychothérapeutique, hydrothérapique, électrothérapique, et être très sobre en ce qui concerne la médication chronique.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

D^r A. PIC.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 octobre 1914.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUVERET, *Traité des Maladies de l'estomac*, Paris, 1893.
— *Pathologie de Neurasthénie gastrique*, 1882.
BOURGOIN, les Gastronévroses (*Union Médic. du Canada*, 466).
BORODENKO, *Archives des Maladies de l'app. digestif*, XXXVIII, 1910).
BUVAT, Anorexie, psychasthénie (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 45, 1905).
CARNOT, le Jeu du sphincter pylorique (*Archives des Mal. de l'estomac*, p. 611, 1907).
DEINAU, *Hystérie gastrique* (th. Paris, 1883).
EMHORU, *Maladies de l'estomac*, 1901.
ENRIQUEZ, le Pronostic de l'aérophagie chez les dyspeptiques (*Archives des Mal. de l'app. digestif*, II, 573).
GLAY, *Traité élémentaire de physiologie*, 1906.
GUFFER, Etude sur la pathogénie des troubles nerveux d'origine gastrique (*Paris Médic.*, 1890).
GLENARD, Dyspepsie nerveuse (*Lyon Médic.*, 1885).
GREMBERG, Essai diététique de l'atonie gastrique (*Archives des Mal. du tube digestif*, 1891).
HUCHARD, Traitement hydrominéral des dyspepsies (*Journ. des Praticiens*, XXII, 45).
HERMANDÈSE, *Dyspepsies de la puberté*, Paris, 1904, n° 415.
KAMEL, *Anorexie mentale* (th. Lyon, 1911).
KOETLITZ, *Contribution de la physiologie path. de l'estomac* (th. Bruxelles, 1908).

LEVEN, *Traité des maladies de l'estomac*, 1879.

— *Estomac et cerveau*, 1884.

— *La névrose*, 1887

LOESER, Recherche de la sécrétion gastrique dans un estomac privé de nerfs (*Progrès Méd.*, 156. 12 mars).

LABORICÉ, la Neurasthénie de l'estomac (*Gaz. Méd. de Paris*, LXXXI, 1^{er} mai).

LE PANETIER DE ROSEY, *Vraies et fausses dyspepsies*, Paris, 1913, n° 96.

MATHIEUX et ROUX, *Path. gastro-intestinale*, 1909.

MANTELI, *Académie Royale de Médecine*, Turin 1910.

PRON, *Traité classique des maladies de l'estomac*, 1913.

ROBIN, *les Maladies de l'estomac*, 1900.

STRASBOURGER, los Resultatos nuevos de la fisiologia pathol. experiment. del estomac (*Semana Méd.*, XVII, 298).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie des dyspepsies nerveuses . .	9
CHAPITRE II. — Importance fonctionnelle du système nerveux	12
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	20
OBSERVATIONS CLINIQUES de I à X	24
CHAPITRE IV. — Traitement	43
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE.	49

